

УДК 616.33-003.6-071-073.7  
DOI: 10.24061/1727-0847.17.4.2018.16

**В.В. Власов, І.В. Бабій, В.В. Загоруйко, В.О. Манюк**

*Кафедра хірургії факультет післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; Хмельницька обласна клінічна лікарня*

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ СТОРОННЬОГО ТІЛА ШЛУНКА

**Резюме.** Наведено спостереження стороннього тіла шлунка (риб'ячої кістки) у хворої віком 70 років, що симулювало рак шлунка і ускладнилось пілефлебітом, абсцесом печінки і запальною псевдопухлиною черевної порожнини. Лікування мало два етапи. Першим етапом виконано розкриття та дренивання абсцесу VIII сегмента печінки. Другим етапом (через 3 тижні) – видалення стороннього тіла шлунка, запальної псевдопухлини. Перебіг в післяопераційний період без ускладнень. Наведений клінічний випадок засвідчує про важкість своєчасної та диференційної діагностики даної патології, а також ілюструє можливий варіант ускладнень. Відсутність висвітлення алгоритму діагностики цієї патології у сучасній літературі, на сьогоднішній день, вказує на її актуальність.

**Ключові слова:** стороннє тіло шлунка; запальна псевдопухлина; пілефлебіт; абсцес печінки.

Більшість предметів, що випадково потрапили в організм, становить велику небезпеку для здоров'я і життя людини. У низці випадків діагностика сторонніх тіл представляє певні труднощі, що нерідко призводить до їх несвоєчасного виявлення і видалення [1].

Несвоєчасне розпізнавання сторонніх тіл викликає в м'яких тканинах і органах черевної та грудної порожнин запальні процеси і подальше утворення інфільтратів, їх нагноєння з виникненням абсцесів та флегмон, кровотечу, перфорацію порожнистих органів, непрохідність кишечника, служить причиною медіастиніту та перитоніту. Усе це призводить до тимчасової або до стійкої втрати працездатності і навіть летального результату [2, 3].

Як в зарубіжних, так і у вітчизняних літературних джерелах є відомості про причини і механізми потрапляння в організм сторонніх тіл, їх діагностику, способи видалення і профілактики. Однак прояви, перебіг та укладення цього захворювання досить різноманітні, відсутня єдина клінічна картина, що створює певні труднощі для своєчасного надання медичної допомоги [4].

Наводимо клінічний випадок стороннього тіла стінки шлунка, що ускладнилось запальною псевдопухлиною по великій кривині шлунка та абсцесом VIII сегмента печінки, яке за діагностичними критеріями більше нагадувало злоякісне новоутворення антрального відділу шлунка з метастазуванням в паренхіму печінки [5].

Хвора П., 70 років, поступила 02.11.17 у плановому порядку. З анамнезу відомо, що хворіє близько одного тижня, коли вперше відзначила по-

яву болю в епігастральній ділянці живота. Виникнення вказаного захворювання ні з чим не пов'язує.

Впродовж тижня біль мав постійний ниючий характер, його інтенсивність дещо посилювалась після вживання їжі. За два дні до госпіталізації хвора виявила появу калу темного кольору, з'явилося блювання з'їденим після вживання їжі та підвищилась температура тіла до 38°C. Об'єктивно: живіт при пальпації м'який, визначається помірна болючість в епігастральній ділянці, симптоми подразнення очеревини негативні. Аналіз крові: гемоглобін 125 г/л.; еритроцити 4,2 Т/л.; кольоровий показник 0,89; лейкоцити 13,3 Т/л.; ШОЕ 51 мм/год.; тромбоцити 227 Т/л.; глюкоза крові – 3,6 ммоль/л.. Аналіз сечі: питома вага 1012; рН 5,0; Білок 0,095 г/л; лейкоцити 3-6 в п/з; ер. незмінні 2-4 в п/з; ер. змінні 4-8 в п/з; слиз +++; бактерії +. ФЕГДС: захворювання шлунка, виразкоподібна форма. Ерозивний бульбіт. Кровотеча Forrest II В. УЗД ОЧП та нирок: печінка помірно збільшена. Жовчний міхур продовгуватої форми, стінки щільні, конкременти не візуалізовано. Спільна жовчна протока не розширена. Підшлункова залоза – дифузна гіперехогенність, незбільшена. Нирки звичайних розмірів, ЧМС нерозширені, кристали солей. Селезінка не змінена. Призначено гемостатичну терапію. Щоденно у хворої спостерігалось підвищення температури тіла вище 38°C, озноб. З 03.11.2017р. призначено антибактеріальну терапію. 06.11.2017р. повторно виконано УЗД ОЧП: у правій частці печінки ізоехогенний утвір 60,0 мм. в діаметрі з ехогенною звзиссо (можливо mts з абсцедуванням).

© Власов В.В., Бабій І.В., Загоруйко В.В., Манюк В.О., 2018

У плановому порядку 06.11.2017 р. під ендотрахеальним наркозом виконано операцію: верхньосередина лапаротомія, розкриття та дренивання абсцесу VIII сегмента печінки, дренивання черевної порожнини.

Під час інтраопераційної ревізії в воротарній частині шлунка, ближче до великої кривини, виявлено щільне утворення 4x5 см., що відповідає даним ФЕГДС (пухлина шлунка). Прхідність через воротар не порушена, темного вмісту в кишках немає. В ділянці VIII сегмента печінки є ділянка флюктуації (абсцес). Прийнято рішення об'єм операції обмежити тільки розкриттям абсцесу. Виконано розкриття абсцесу та видалення близько 50,0 мл. вмісту гнійного характеру з неприємним запахом. Після санації виконано зовнішнє дренивання порожнини абсцесу через окрему контрапертуру. Лапаротомну рану зашито.

У післяопераційному періоді стан хворої дещо покращився, а саме: нормалізувалась температура тіла, зменшились прояви інтоксикації.

24.11.2017 р. у плановому порядку під ендотрахеальним наркозом виконано операцію: верхньосередина лапаротомія, видалення стороннього тіла стінки шлунка, зашивання стінки шлунка, ліквідація запальної псевдопухлини шлунково-ободовокишкової зв'язки, дренивання черевної порожнини. Під час ревізії встановлено: відзначено кардинальну зміну місцевої картини захворювання. Утворення у стінці шлунка зникло, але з'явився інфільтрат запального генезу до 5,0 см. в діаметрі в шлунково-ободовокишкової зв'язці біля воротарного відділу шлунка. Інфільтрат зруйновано, біля стінки шлунка в інфільтраті є стороннє тіло – риб'яча кістка (4,0 см довжиною) (рисунок А, Б).

Після проведеної пневмопроби встановлено,

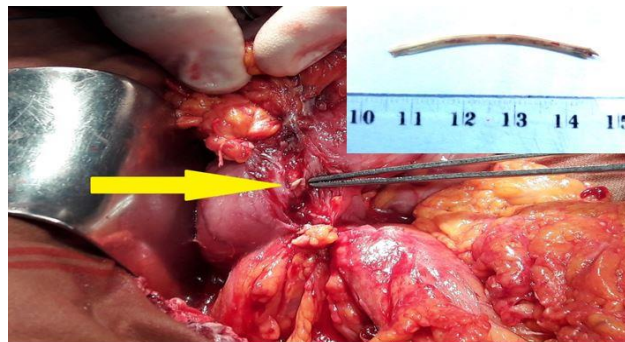


Рисунок. Стороннє тіло стінки шлунка що цілісність стінки шлунка збережена, а в місці дефекту – виконана перитонізація. Черевну порожнину дреновано через окрему контрапертуру за допомогою трьох дренажних трубок, одну з яких встановлено в місці запальної псевдопухлини. Лапаротомну рану пошарово зашито.

Результат патогістологічного дослідження: у частині сальника ділянка фіброзу з вираженою поліморфноклітинною запальною інфільтрацією, з розростанням грануляційної тканини, з неспецифічним гранульоматозоподібним запаленням – гістологічна картина може відповідати запальній псевдопухлині.

Перебіг в післяопераційний період без ускладнень, в задовільному стані виписана додому.

Заключний діагноз: стороннє тіло стінки шлунка. Запальна псевдопухлина по великій кривизні шлунка ускладнена пілефлебітом, абсцесом VIII сегмента печінки.

**Висновок.** Наведений випадок засвідчує про важкість своєчасної діагностики цієї патології, а також ілюструє можливий варіант ускладнень. Відсутність чіткого алгоритму діагностики на сьогоднішній день у вітчизняній та іноземній літературі вказує на привабливість та зацікавленість стосовно вивчення описаної патології більш глибоко.

#### Список використаної літератури

1. Ольшевский ПП, Краснов ВИ. Диагностика и лечение нерентгеноконтрастных инородных тел пищевода. Военно-медицинский журнал. 1991;4:69-70.
2. ASGE Standards of Practice Committee. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest endosc 2011 Jun; 73(6):1085-91.
3. De Roover A, Detry O, Coimbra C, et al. Pylephlebitis of the portal vein complicating intragastric migration of an adjustable gastric band. Obes Surg. 2006;16:369-71.
4. Богомазов СВ. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. канд. мед. наук. Владивосток; 1998. 18 с.
5. Бебуришвили АГ, Мандриков ВВ, Акинчиц АН. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Волгоград: ВолГМУ; 2007. 33 с.

#### References

1. Ol'shevskiy PP, Krasnov VI. Diagnostika i lecheniye nerentgenokонтраст-nykh inorodnykh tel pishchevoda [Diagnosis and treatment of non-x-ray contrast foreign bodies of the esophagus]. Voyenno-meditsinskiy zhurnal. 1991;4:69-70. (in Russian).

2. ASGE Standards of Practice Committee. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest endosc* 2011 Jun; 73(6):1085-91.
3. De Roover A, Detry O, Coimbra C, Hamoir E, Honore P, Meurisse M. Pylephlebitis of the portal vein complicating intragastric migration of an adjustable gastric band. *Obes Surg*. 2006 Mar;16(3):369-71. doi: 10.1381/096089206776116363
4. Bogomazov SV. Inorodnyye tela zheludochno-kishechnogo trakta [Foreign bodies of the gastrointestinal tract] [dissertation abstract]. Vladivostok; 1998. 18 p. (in Russian).
5. Beburishvili AG, Mandrikov VV, Akinchits AN. Inorodnyye tela zheludochno-kishechnogo trakta [Foreign bodies of the gastrointestinal tract]. Volgograd: VolGMU; 2007. 33 p. (in Russian).

#### НАБЛЮДЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ЖЕЛУДКА

**Резюме.** Приведено наблюдение инородного тела желудка (рыбьей кости) у больной в возрасте 70 лет, которое симулировало рак желудка и осложнилось пилефлебитом, абсцессом печени и воспалительной псевдоопухолью брюшной полости. Лечение предусматривало два этапа. Первым этапом выполнено вскрытие и дренирование абсцесса VIII сегмента печени. Вторым этапом (через 3 недели) удаление инородного тела желудка, воспалительной псевдоопухоли. Течение в послеоперационный период без осложнений. Приведенный клинический случай свидетельствует о трудности своевременной и дифференциальной диагностики данной патологии, а также иллюстрирует возможный вариант осложнений. Отсутствие описания алгоритма диагностики данной патологии в современной литературе, на сегодняшний день, указывает на ее актуальность.

**Ключевые слова:** инородное тело желудка; воспалительная псевдоопухоль, пилефлебит; абсцесс печени.

#### OBSERVATION OF A FOREIGN BODY OF THE STOMACH

**Abstract.** The observation of a foreign body of the stomach (fish bone) in a 70-year-old patient, which simulated stomach cancer and complicated by pylephlebitis, liver abscess, and inflammatory pseudo-tumor of the abdominal cavity, is presented. The treatment assumed two stages. The first step is the opening and drainage of an abscess of the eighth segment of the liver. The second stage (after 3 weeks) is the removal of a foreign body of the stomach, an inflammatory pseudotumor. Progress in the postoperative period was without complications. The given clinical case testifies to the difficulty of timely and differential diagnostics of this pathology, and also illustrates a possible variant of complications. The lack of description of the algorithm for diagnosis of this pathology in contemporary literature is indicative of its relevance today.

**Key words:** foreign body of the stomach, inflammatory pseudotumor, pylephlebitis, liver abscess.

*Відомості про авторів:*

**Власов Василь Володимирович** – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, хірург вищої категорії, м. Хмельницький;

**Бабій Ігор Володимирович** – лікар-хірург першої категорії Хмельницької обласної лікарні;

**Загоруйко Володимир Валентинович** – лікар-анестезіолог першої категорії Хмельницької обласної лікарні;

**Манюк Вадим Олегович** – лікар-інтерн Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

*Information about authors:*

**Vlasov Vasyly V.** – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgery with the Course of Stomatology, Faculty of Postgraduate Education, Vinnitsa National Medical University named after MI Pirogov, surgeon of the highest category, Khmelnytsky City;

**Babiy Igor V.** – Surgeon of the first category of Khmelnytsky regional hospital;

**Zagoruiko Volodymyr V.** – Anesthesiologist of the first category of the Khmelnytsky regional hospital;

**Manyuk Vadym O.** – Intern-doctor of the Vinnitsa National Medical University named after MI Pirogov.

Надійшла 10.09.2018 р.